

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

35 1

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

par

LARI Rahim

Né le 18 Mai 1929, à TĒHĒRAN (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES OCCLUSIONS

PAR OPÉRATION DE NOBLE

ÉTUDE DE TRENTE-CINQ CAS

1963

Président : Monsieur le Professeur POILLEUX

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1963

T H E S E

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(Mention Médecine)

Par

L A R I - Rahim

Né, le 18 Mai 1929 - TEHERAN (Iran)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES OCCLUSIONS
PAR OPERATIONS DE NOBLE. ETUDE DE TRENTE CINQ CAS.

Président : Monsieur le Professeur POILLEUX



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Foy (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYENLéon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEURJean VERNE
2° ASSESSEURGaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

I° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

A) Professeurs titulaires :

MM

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
	(JAYLE (M.F.))
Biochimie médicale	(SCHAPIRA (G.))
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ...	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GYROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)...	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESCILLE (H.)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
	(BINET (L.))
Physiologie	(BARGETON (D.))
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

B) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.)
Embryologie	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive	TUCHMANN (H.)
Parasitologie	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.C.)
Pharmacologie	LAURENCE (G.)
Physiologie	LEVY (Mlle J.)
Physique médicale	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

A) Professeurs titulaires :

MM/

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	{ BEAUJON.....LORTAT-JACOB (J.L.)
	{ COCHIN.....LEGER (L.)
	{ HOTEL DIEUPATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	{ PITIECORDIER (G.)
	{ SAINT ANTOINE.....GOSSET (J.)
	{ SALPETRIERE.....SICARD (A.)
	{ TENON.....OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) FEVRE (M.)	
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin).....	HERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	GAUDART D'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DESCOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades).....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Breca).....	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St.Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades).....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard).....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphalie (Ste Anne).....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)....	CASTAIGNE (P.)
	{ BOUCICAUTLENEGRE (J.)
	{ BROUSSAIS.....SOULIE (P.)
	{ COCHIN.....JUSTIN BESANCON (L.)
Cliniques médicales	{ COCHINBROUET (G.)
	{ HOTEL DIEU.....BARIETY (M.)
	{ LARIBOISIERE.....SEZE (S. de)
	{ PITIE.....DREYFUS (G.)
	{ SAINT ANTOINE.....KOURILSKI (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (BICHAT).....	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (BROUSSAIS).....	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....	GARCIN (R.)
	{ Baudelocque.....LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales.....	{ Foch (Suresnes).....MERGIER (R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0027

Clinique obstétricale et gynécologie (Port Royal).....VARANGOT (J.)
 Clinique ophtalmologique (Hotel Dieu)RENARD (G.)
 Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....AUBRY (M.)
 Clinique de pédiatrie et de puériculture (St.Vincent de Paul)LELONG (M.)
 Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades).....MARIE (J.)
 Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).....BERNARD (E.)
 Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)...MICHAUX (L.)
 Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)....COSTE (F.)
 Clinique stomatologique (Pitié).....DECHAUME (M.)
 Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....ROUX (M.)
 Clinique thérapeutique médicale (St. Antoine).....LEMAIRE (A.)
 Clinique toxicologiqueGAULTIER (M.)
 Clinique traumatologiquePADOVANI (P.)
 Séméiologie médicaleDOMART (A.)
 Séméiologie et clinique chirurgicalesPOILLEUX (F.)
 Clinique urologique (Necker).....COUVELAIRE (R.)
 Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)...TURPIN (R.)

B) Professeurs à titre personnel :

Médecine{BOUR (H.)
{LHERMITTE (F.)
{PEQUIGNOT (H.)

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES -AGREGES.

Anatomie	{COUINAUD (C.) {GILLOT (C.) {OLIVIER (G.) {CABROL (C.)	Orthopédie	{JUDET (R.) {MEARY (R.) {POSTEL (M.) {RAMADIER (J.)
(Meller)GAUTHIER VILLARS		Oto-Rhino-Laryn- gologie.....	{DEBAIN (J.) {PIALOUX (P.)
Anatomie pathologique	{Pr. S. Ch. {ABELANET (R.) {BUSSET (F.) {CHOMMIET (G.) {GOUYGOU (Ch.)M. Conf. {NEZELOFF (Ch.) {ORCEL (L.) {PAILLAS (J.)	Parasitologie ..	{GOLVAN (Y.) {LAPIERRE (J.)
Anesthésiologie	{KERN (E.) {VOURC'H (G.)		{BARCAT (J.) {BINET (J.P.) {CAUCHOIX (J.) {CERBONNET (G.) {CHATELIN (C.L.) {DUBOST (Ch.) {FAUREL (J.) {FLABEAU (F.) {GARBY (M.) {GARNIER (H.)
Bactériologie	{BARBIER (P.) {CHRISTOL (D.) {LEMINOR (L.) {TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale...	{(Cl.de)GAUDART-D'ALLAI- NES {GERMAIN (A.) {LATASTE (J.) {LEVEQUE (B.) {LOYGUE (J.) {MERCADIER (M.) {NATALI (J.) {PELLERIN (D.) {PERROTIN (J.) {ROBERT (H.)
Biochimie médicale.....	{BAULIEU Et.M. Conf. {BOURILLON (R.) {GARTIER (P.) {DREYFUS (J. CL.) {GONNARD (P.) {KRUH (J.) {JEROME (H.)		

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	{ PLAS (F.)		
Carcinologie.....	{ BEIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie....(SCHNEIDER (J.) Exotique	
Dermato- Syphili- graphie	{ CIVATTI (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie Expérimentale.	{ BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOUVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Electro-Radiologie	(LEDCUX-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)		
Hématologie	{ DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.) Pr.S.Ch.		{ AUSSANNAIRE (H.) B U V I E R (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (G.)
Histologie.....	{ MAROIS (M.) RACADOT (J.)		{ ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LASOBRE (R.) MAGREZ (C.) MORTAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Hydrologie	{ BESANCON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) Pr.S. Ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)	Pathologie Médicale.....	
Médecine légale....	{ DERUBERT (L.) Pr.S.Ch. FOURNIER (E.) GUENICOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	(ALBAHARY (C.)		
Neuro-Chirurgie....	(PERTHUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.)		
Obstétrique	{ MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (C.) THOYER-ROZAT (J.)	Pédiatrie- Puériculture.	{ JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) POZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Ophtalmologie.....	{ BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (F.)		
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Psychiatrie..	(PICHOT (P.)

Physiologie....	{ BARRES (G.)	Psychiatrie..	{ DENIKER (P.)
	{ DEJOURS (P.)		{ DUCHET (D.)
	{ DURAND (J.)		{ FLAVIGNY (H.)
	{ GIRARD M. Conf.		{ LAPRESLE (J.)
	{ HUGELIN (A.)	Rhumatologie..	{ DELBARRE (F.)
	{ SCHERRER (J.)		
Physique Médica le.....	{ GUGEROT (L.) M. Conf.	Stomatologie..	{ CERNEA (P.)
	{ CHANTUR (J.)		{ CHAPUT (Mme. A.)
	{ GREMY (F.) M. Conf.		{ H. C. Agr.
	{ MILHAUD (G.)	Thérapeutique	{ GRIELLET (M.)
	{ PELLERIN (P.)		{ CHASSAGNE (P.)
	{ ROUCAYROL (J- Cl)		{ LAMOTTE (M.)
	{ TUBIANA (M.) M. Conf.		{ MARCHE (J.)
Pneumo-phtisio- logie	{ KREIS (B.)	Urologie.....	{ AUVERT (J.)
	{ MEYER (A.)		{ ISAULONGUET (A.)
	{ RENAULT (P.)		{ QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.	MM.
Anatomie..... DEBEYRE (J.)	Clinique - DESVIGNES (P.)
Clinique - Chirurgicale... {	Cphthalmologi- OFFRET (G.)
	que.....
	Clinique-Oto-
Clinique- Médicale..... {	Rhino-Laryngo- (MADURO (R.)
	logique..... (
	Clinique Pédi-
Clinique- Obstétricale... {	Trique et pué (LAPLANE (R.)
	riculture.....
	Clinique (BARUK (H.)
	Psychiatrique.
	Clinique (KUSS (R.)
	Urologique...

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie	HAUDURCY (P.) Pr. S. Ch.)
Pathologie Chirurgicale.....	RUDLER (J.) Pr. S. Ch.
V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	(BOSTANSKI (E.)
	(LAUNAY (C.)

Secrétaire Général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Secrétaire principal Melle CHAINTEUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque (M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine...
Conservateur Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires Mmes G. NIELT (J.) - FORGET (F.)
Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1908, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

QUI A SU CREER PAR SA PRESENCE A
MES COTES, L'AMBIANCE FAVORABLE ET LE
REPOS MORAL NECESSAIRES A LA CONCEPTION
DE CETTE THESE.

A MES PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS MES AMIS

QU'ILS TROUVENT DANS CE MODESTE
OUVRAGE LE TMOIGNAGE DE MA PROFONDE
AFFECTION.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POILLIUX

PROFESSEUR DE SEMIOLOGIE ET CLINIQUES CHIRURGICALES

QUI NOUS A FAIT L'HONNEUR
D'ACCEPTER LA PRESIDENCE DE CETTE
THESE, EN TEMOIGNAGE DE NOTRE PROFONDE
GRATITUDE.

A MESSIEUR LE DOCTEUR JEAN CHATAIN

CHIRURGIEN CHEF DE L'HOPITAL DE MEAUX

A QUI NOUS DEVONS CETTE ETUDE

QUI NOUS A LONGUEMENT OUVERT SON
SERVICE, ET NOUS A PERMIS L'ELABORATION
DE CET OUVRAGE. IL FUT UN MAITRE.
QU'IL TROUVE ICI L'EXPRESSION DE NOTRE
PROFOND RESPECT ET DE NOS PLUS VIFS
REMERCIEMENTS.

AU DOCTEUR HUBERT LARRIEUX

CHIRURGIEN ASSISTANT DES HOPITAUX DE PARIS

QU'IL TROUVE ICI L'EXPRESSION DE
NOS SENTIMENTS TRÈS SINCÈRES.

[illegible]

Notre propos n'est pas d'apporter des faits nouveaux au sujet de l'opération de Noble.

Beaucoup de travaux ont été consacrés à cette intervention. Nous voudrions très simplement apporter notre contribution en faisant état de toutes les interventions de Noble pratiquées dans un Service de Chirurgie générale, depuis 1951, date de la publication du Docteur THOMERET dans les bulletins de l'Académie de Chirurgie.

Nous avons retrouvé 35 interventions de Noble pratiquées dans le Service de chirurgie du Docteur Jean CHATAIN à l'Hôpital de Meaux. Ce sont ces cas que nous nous proposons d'étudier.

Certes, dans les occlusions, le geste chirurgical ne reste pas le seul, et l'amélioration des résultats est due en grande partie à la mise en oeuvre des moyens médicaux associés : correction du trouble humoral, et aspiration intestinale ; mais il n'en demeure pas moins que nous gardons le souvenir de ces malades opérés de nombreuses fois, lorsque l'intervention se résumait à libérer l'intestin de ses adhérences. Intervention chaque fois plus grave, qu'il s'agisse d'occlusions par péritonite aiguë ou d'occlusions par adhérences. L'opération de Noble a apporté une solution à ces cas dramatiques.

HISTORIQUE

The sequence of diagrams illustrates the construction of a 3x3 magic square. Each diagram shows a 3x3 grid with some cells filled with numbers and others empty. The sequence starts with a single '1' in the top-left cell and proceeds through various permutations and additions of numbers until the final magic square is completed.

Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler les termes du rapport du Docteur THOMERET. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie 1950 - page 80).

" Comment donc prévenir ces séquelles et réduire ce
" risque qui pèse sur le pronostic de la chirurgie
" abdominale, intestinale et gynécologique ?
" C'est bien simple, répond Noble. S'il est impossible
" d'éviter la formation d'adhérences dans la cavité
" péritonéale, il est, par contre, possible de diriger
" cette formation. Transformer des adhérences anarchiques,
" incontrôlables, gênantes, occlusives, en adhérences
" dirigées, ordonnées, inoffensives, voilà l'idée
" originale de Noble.
" La technique est aussi simple qu'ingénieuse : elle
" consiste à masquer les surfaces dépéritonisées des
" anses grêles en accolant celles-ci les unes aux autres,
" latéralement, au moyen d'un surjet, sur une longueur de
" 15 à 18 cm. Suivant l'étendue des lésions, on peut se
" contenter de jumeler 2 anses en U, on peut en aligner
" 3, 4 ou plus, étendre le dispositif à la moitié, aux
" trois quarts ou à la totalité du jéjuno-iléon. Les
" anses se trouvent finalement rangées parallèles les

" unes aux autres, comme on les voit représentées sur
" les planches de certains vieux atlas d'anatomie. Il
" en résulte la formation de fossette mésentériques dont
" il est facile d'oblitérer l'hiatus par quelques points.
" De plus, l'ensemble de la masse intestinale se trouve
" soulevé au-dessus du pelvis.
" Voilà, dans ses grandes lignes, l'opération conçue
" et pratiquée par Noble dès 1917, et d'abord sur des
" blessés de guerre, en Belgique. Il faut bien, reconnaî-
" tre que ses publications successives n'ont pas eu grand
" écho en Amérique, où elle est peu utilisée, ni en
" France où nous l'avons vu signalée que dans une courte
" revue de J.-C. REYMOND. C'est le hasard de recherches
" Bibliographique qui fit découvrir à l'un de nous, dans
" la belle bibliothèque du Médical Centre du Presbyterian
" Hospital de New-York, un petit volume intitulé :
" "Le traitement de la péritonite et de ses conséquences"
" Noble y expose ses idées, sa méthode, illustrée de
" schémas, de photographies opératoires, ses observations,
" ses résultats, immédiats et éloignés.

NOTES PRELIMINAIRES

L'objectif de cette étude consiste dans le fait qu'elle réunit la totalité des opérations de Notre pratique dans un même tableau et réalise par le même personnel.

Nous avons opéré un total de 35 occasions que nous avons classées en :

- occasions par péritonite aigüe (Cas N° I à II,
 - occasions post-opératoires.
 - 1) Précoces (Cas N° 12 à 20,
 - 2) Tardives (Cas N° 21 à 30,
 - occasions par péritonite tuberculeuse (Cas N° 31-32-33,
 - occasions Techniques (Cas N° 34-35,
-

TECHNIQUE - EMPLOYÉE

Après incision médiane sous et, si nécessaire, sus-ombilicale, on fait le bilan des lésions.

La vidange des anses est pratiquée par une ou deux ponctions au trocart : ces ponctions sont ensuite fermées par deux bourses.

Les nobles ont été réalisés - exception faite du cas N° 20 - au moyen de surjets de fil de lin 00. L'intervention s'adressant à des sujets souvent très fatigués, l'exécution en est plus rapide qu'aux points séparés sur les anses plicaturées en chargeant largement la musculature à mi-distance des deux bords intestinaux, laissant libre chaque retour d'anse sur 10 cm environ. Le Noble commence par l'accolement de la dernière anse iléale au coecum. Pendant la confection du Noble nous nous efforçons d'accoler les surfaces altérées des anses grêles.

Un drain sus-pubien est mis dans le douglas.

La malade est mis en aspiration continue dès le début de l'intervention s'il ne l'était déjà.

Le bilan humoral est établi et consigné sur une feuille de réanimation.

Chaque jour ce bilan sera rééquilibré. Au traitement général nous associons les antibiotiques : Terramycine le plus souvent.

.../...

Depuis la publication de M. CLAUDE - A. RICHARD
(Mémoires de l'Académie de Chirurgie 1961 - page 256), nous avons
pratiqué trois Noble par plicatures mésentériques.

Dans un cas nous avons dû réintervenir (Cas N° 20)
Une occlusion s'était produite à la suite de brides dont le point
de départ était les fils de transfixion mésentérique.

Aussi sommes nous revenus à la pratique des surjets.



R E S U L T A T S

Nous n'avons à déplorer qu'un décès (Cas N° 12) par défaillance cardiovasculaire, et cependant les interventions ont été pratiquées à tous les âges, le plus jeune 7 ans, le plus âgé 75 ans. L'état général au moment de l'intervention était souvent médiocre.

Les suites opératoires ont été simples dans l'ensemble, les malades étant maintenus sous antibiotiques, et leur bilan humoral établi et corrigé chaque jour. La correction exacte des troubles est d'autant plus importante qu'il s'agit d'opérés mis en aspiration, et l'on sait combien l'aspiration continue déséquilibre les malades.

Dans trois cas nous avons eu des fistules intestinales.

L'intervention pratiquée dans l'observation (N° 31) avait été tellement laborieuse que l'apparition de plusieurs fistules semblait inéluctable. C'est ce qui arriva.

Rapidement, la presque totalité des matières liquides fut évacuée par les fistules, posant des problèmes de nutrition et de protection cutanée.

La répétition fréquente des pansements en même temps que la protection de la peau par une épaisse couche d'oxyplastine nous permit de gagner du temps.

Les perfusions parentérales maintenant tant bien que mal un état général médiocre. Puis progressivement les fistules se

d'ailleurs que la plupart des chirurgiens aient abandonné les vieilles
parties en raison du danger de toutes ces opérations.

Enfin sur trois cas de Névroses réalisées par plicatures
ou suture, nous avons pu réintervenir une fois. La plicature
a pour avantage sa rapidité d'exécution, mais l'opération de Névroses
total ne nous a jamais permis de réussir.

Enfin il est un dernier point qui nous a frappé, c'est
quelquefois la lenteur de guérison en rapport avec le travail intestinal ;
ce dernier ne s'est jamais produit avant quatre jours et plusieurs
fois seulement au sixième jour.

Cas N° 1 - B..... A..... 25 ans

Entrée : le 6.8.51 (Venant de Médecine)

Pour une occlusion fébrile avec des niveaux liquides.

On pratique une médiane sous ombilicale. Dans le petit bassin il existe un magma d'anses grêles très adhérentes entre elles. On pratique une libération des anses et on tombe sur un paquet de pyosalpinx et on constate une perforation du grêle, créée au cours de sa libération. Hystérectomie totale avec excision des annexes. Suture de la perforation aux points séparés et son enfouissement par une bourse. Il existe sur les anses plusieurs zones dépéritonisées. On pratique l'opération de Noble. Mickuliez dans le petit bassin. Suites normales. Reprise des gaz au 6° jour.

Sortie : le 30.8.51

Cas N° 2 - B..... 22 ans

Entrée : le 22.8.51

Opérée d'urgence pour occlusion du grêle. Médiane sous-ombilicale. Les anses sont accolées au fond du petit bassin, et sont extrêmement distendues. Les trompes sont volumineuses, rouges, il existe deux pyosalpinx, le douglas est comblé par des anses grêles, collées entre elles, l'utérus et le sigmoides. Après libération des anses, plusieurs sont dépéritonisées et et risqueraient de créer une nouvelle occlusion. Noble total

au surjet. Ablation des deux trompes. Mickulicz. Aspiration continue pendant six jours. Suites opératoires normales.

Sortie : le 10.9.51

Cas N° 3 - F..... J.... 33 ans

Entrée : le 26.10.51

Pour un syndrome d'occlusion intestinale avec plusieurs niveaux liquides du grêle. Médiane sous ombilicale. On découvre un volvulus de la région iléo-coecale avec de nombreuses adhérences des anses grêles entre elles, et le péritoine pariétal. Libération des anses grêles. On constate plusieurs surfaces dépéritonisées sur les anses. On pratique l'Intervention de Noble total. Fermeture de la paroi sur un drain N° 40 dans le douglas. Suites opératoires normales. Reprise du transit au 8° jour.

Sortie : le 24.11.51

Cas N° 4 - B..... J.... 24 ans

Entrée : le 27.11.51

Malade entre en urgence pour un syndrome abdominal aigu avec présence de plusieurs niveaux liquides sur les radios sans préparation de l'abdomen.

Exploratrice : il s'agit d'une péritonite appendiculaire avec la formation d'un abcès sous hépatique entouré par les dernières parties de l'iléon. On pratique la libération

de ces dernières. Appendicectomie. Aspiration du douglás.
Noble partiel des parties dépéritonisées de l'iléon.
Mickulicz dans la loge appendiculaire.

Sortie : le 2.2.52

Cas N° 5 - M..... A.... 32 ans

Entrée : le 24.5.52

Malade entre en urgence pour un syndrome abdominal douloureux fébrile, durant depuis quelques jours. A l'abdomen sans préparation il existe de nombreux niveaux liquides. Malade très fatigué et sub-ictérique. Médiante sous-ombilicale. Il s'agit d'une péritonite par perforation du Meckel, avec adhérences de plusieurs anses et de fausses membranes. Ablation du diverticule. Sutures aux points séparés et enfouissement par une bouse. Toilette péritonéale. Opération de Noble - surjet.

Sortie : le 15.6.52

Cas N° 6 - D..... J.... 14 ans

Entrée : le 8.10.52

En urgence pour péritonite diffuse. Médiante sous ombilicale: abcès multiples entre les anses grêles. Nécrose appendiculaire. Libération des anses, dont plusieurs dépéritonisées. Noble total. Mickulicz. Suites opératoires excellentes.

Sortie : le 24.11.52

Cas N° 7 - C..... M.... 24 ans

Entrée : le 4.3.53

pour une péritonite diffuse par perforation appendiculaire.

Appendicectomie. Aspiration du douglas. Mickulicz dans la Fosse iliaque droite.

Dans les suites opératoires, installation d'un syndrome occlusif qui se complète.

Le 16.3.53 : Médiante sous ombilicale par agglutination d'anses grêles dans le petit bassin, plusieurs fausses membranes. Libération des anses. Noble total. Apparition d'une fistule du grêle qui trois semaines après son apparition ne donne plus que quelques gouttes, de liquide fétide, et qui sera très longue à se fermer (un an)

Sortie : le 4.4.53

Cas N° 8 - G..... B.... 53 ans

Entrée : le 22.6.53

pour péritonite diffuse après perforation du grêle.

Exploratrice.: il s'agit d'une perforation du diverticule de Meckel. Importantes fausses membranes. Libération des anses. Sutures de la perforation en trois plans. Noble total après avoir enlevé l'appendice. Drain dans le douglas.

Sortie : le 25.7.53

Cas N° 9 - D..... L.... 46 ans

Entrée : le 27.3.54

pour une pelvi-péritonite. Exploratrice : Il s'agit d'une

.../...

collection pelvienne arête. Les parois de cette collection sont constituées par le colon, les dernières arêtes grêles, l'épiploon. L'origine en est un pyosalpinx rompu et enkysté. L'appendice comme la trompe sont atrophiées. Hystérectomie sus-totale. Appendicectomie. Aspiration du Douglas. Péricolisation colo-vésicale sur un drain. Les anses sont très déperitonisées. On pratique un Nitro Nitel au large. Suites opératoires normales.

Sortie : le 22.10.54

Cas N° IO - C..... S..... 24 ans

Entrée : le 22.10.54

en urgence pour syndrome douloureux abdominal avec un facies de péritonite. Exploratrice : il s'agit d'un abcès sous-phrénique, apparu dans les suites opératoires d'une césarienne, avec fistule du grêle. Nettoyage et libération des anses. Fermeture de la perforation. Résection intestinale sur une surface de 40 cm. Nitro Nitel. Drain dans le Douglas. Suites opératoires très simples. Bonne cicatrisation pour réfection de la paroi.

Sortie : le 22.11.54

Cas N° II - M..... J..... 7 ans

Entrée : le 28.11.55

en urgence pour un syndrome abdominal douloureux. On pratique



un Mac Burney en pensant à une appendicite aigüe.

Dès l'ouverture du péritoine, on trouve une quantité abondante de pus. L'appendice est légèrement rouge.

Fermeture du Mac Burney. Médiane sous-ombilicale :

Exploratrice des anses. On tombe sur un gros ganglion

mésentérique perforé situé à 40 cms, de la valvule

iléo-coecale avec nombreuses fausses membranes sur le

dernier segment de l'iléon. On pratique un Noble partiel

sur la partie terminale du grêle. Drain N° 40 dans le

douglas. Suites opératoires normales.

Sortie : le 14.12.55

OCCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

1) Précoces

Cas N° 12 - J..... A..... 40 ans

Entrée : le 24.5.56

Pelvi-péritonite avec grosse réaction péritonéale généralisée et accolement des dernières parties d'anses grêles, dans le petit bassin. Libération des anses. Hystérectomie sub-totale en enlevant l'utérus et les annexes très infectées. On pratique un Noble partial au niveau des dernières anses du grêle. Drain dans le Douglas.

Dans les suites opératoires, apparition d'un syndrome d'occlusion intestinale fébrile au 9° jour. Réintervention : Il s'agit d'une perforation intestinale sur une anse libre avec des concrétions dans la paroi correspondant à des foyers de cytotéatonecrose liés à des perturbations vasculaires. (Examen histologique) Résection intestinale. Suture termino-terminale en un plan. Noble total.

Sortie : le 2.6.56

Cas N° 13 - C..... G..... 21 ans

Entrée : le 14.4.57

malade opérée d'une appendicite perforée gangréneuse avec nécrose de la base appendiculaire au niveau de la jonction coeco-appendiculaire. Aspiration du petit bassin -Mickuliez. Le 26.4.57 : colpotomie pour abcès du douglas.

47

.....

•

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

•

.....

.....

.....

Le I.5.57 : malade en occlusion.

- I7 -

Médiane sous-ombilicale : il s'agit d'une occlusion du grêle par adhérences des anses dans le petit bassin. Les anses sont très dilatées. Libération des anses. Aspiration d'une quantité importante de pus collecté dans le douglas. Vidange des anses. Noble total. Drain sus-pubien. Suites opératoires simples.

Sortie : le I6.5.57

Cas N° I4 - G..... M.... 8 ans

Entrée : le 2I.5.58

Enfant entré le I5.5.58 pour un syndrome douloureux abdominal. Il s'agit d'une péritonite appendiculaire.

Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Au 5° jour : apparition d'un syndrome sub-occlusif, fébrile

Exploratrice : il s'agit d'une agglomération d'anses autour du moignon appendiculaire avec une petite collection purulente dans le petit bassin. Libération des anses. Aspiration du petit bassin. Noble partiel. Drain dans le douglas.

Sortie : le 7.6.58

Cas N° I5 - H..... B.... 26 ans

Entrée : le I6.5.59

Malade opéré le 2.5.59 pour une appendicite subaiguë.

Le I4.5.59 apparition d'un gros abcès de la paroi, nécessitant un drainage par une lame de caoutchouc.



Dans les suites : apparition d'un syndrome occlusif, avec niveaux liquides du grêle. Médiante sous-ombilicale : il s'agit d'une péritonite purulente avec adhérences de nombreuses anses entre elles. Le moignon appendiculaire est normal, On pratique une libération des anses, toilette péritonéale. Noble total au surjet. Drain sus-pubien. Reprise du transit au 8° jour. Suites opératoires normales. Sortie : le 6.7.59

Cas N° I6 - F..... J..... 47 ans

Entrée : le 17.12.59

Malade opérée d'une appendicite chronique il y a six jours. Les suites sont troublées par un ballonnement abdominal, arrêt des matières et des gaz, présence de niveaux liquides du grêle. Médiante sous-ombilicale : il s'agit d'un abcès du douglas avec plusieurs adhérences d'anses. On pratique la libération des anses et nettoyage du douglas. Noble partiel sur la partie terminale de l'intestin grêle. Reprise du transit au 6° jour. Malade sort au 15° jour.

Cas N° I7 - D..... J..... 11 ans

Entrée : le 11.6.60

Enfant opéré d'une appendicite subaigüe trois semaines auparavant. Entre dans le Service pour un syndrome d'occlusion intestinale fébrile. Médiante sous-ombilicale : il existe

un accolement anarchique des dernières anses grêles dans le petit bassin et sur la face postérieure de lavessie, au rectum, au sigmoïde. Libération de toutes ces adhérences s'avère très difficile. On pratique une résection en coin d'une anse comprimée latéralement par une bride. On pratique un Noble partiel des derniers segments d'anses grêles dépéritonisées. Drain dans le douglas.

Les suites sont normales jusqu'au 26.6.60. Enfant se plaint de crises douloureuses abdominales, avec arrêt des matières et des gaz, des vomissements et un ballonnement abdominal.

Exploratrice : il existe de nombreuses adhérences au niveau des anses libres. On pratique une libération de ces anses, et on transforme le Noble partiel en Noble total aux points séparés. Drain dans le Douglas. Les suites sont normales. D'enfant grossit.

Au 20° jour, on constate l'apparition d'une fistule du grêle. Cette fistule a compliqué les suites opératoires. Dénutrition importante. Réanimation.

Sortie : le 17.7.60

La fistule s'est tarie spontanément au bout de six mois.

Cas N° 18 - L..... V..... 15 ans

Entrée : le 8.5.61

Opérée d'une appendicite subaigüe banale. Suites d'abord très simples. Au 4° jour, température, puis arrêt des gaz.

Au 7° jour : occlusion, vomissements, ballonnement abdominal,

Niveaux liquides.

Exploration le 13.6.61 : médiane sous-ombilicale : agglutination d'anses sur les dernières parties du grêle. Dissociation des anses, petite zone de sphacèle au niveau de la ligature du mégaion appendiculaire. Paille verte. Drain sous-jointure. Appareil continu. Sutures opératoires bien sèches.

Malade sort 13 jours après l'intervention.

Cas N° 19 - F..... 3..... 38 ans

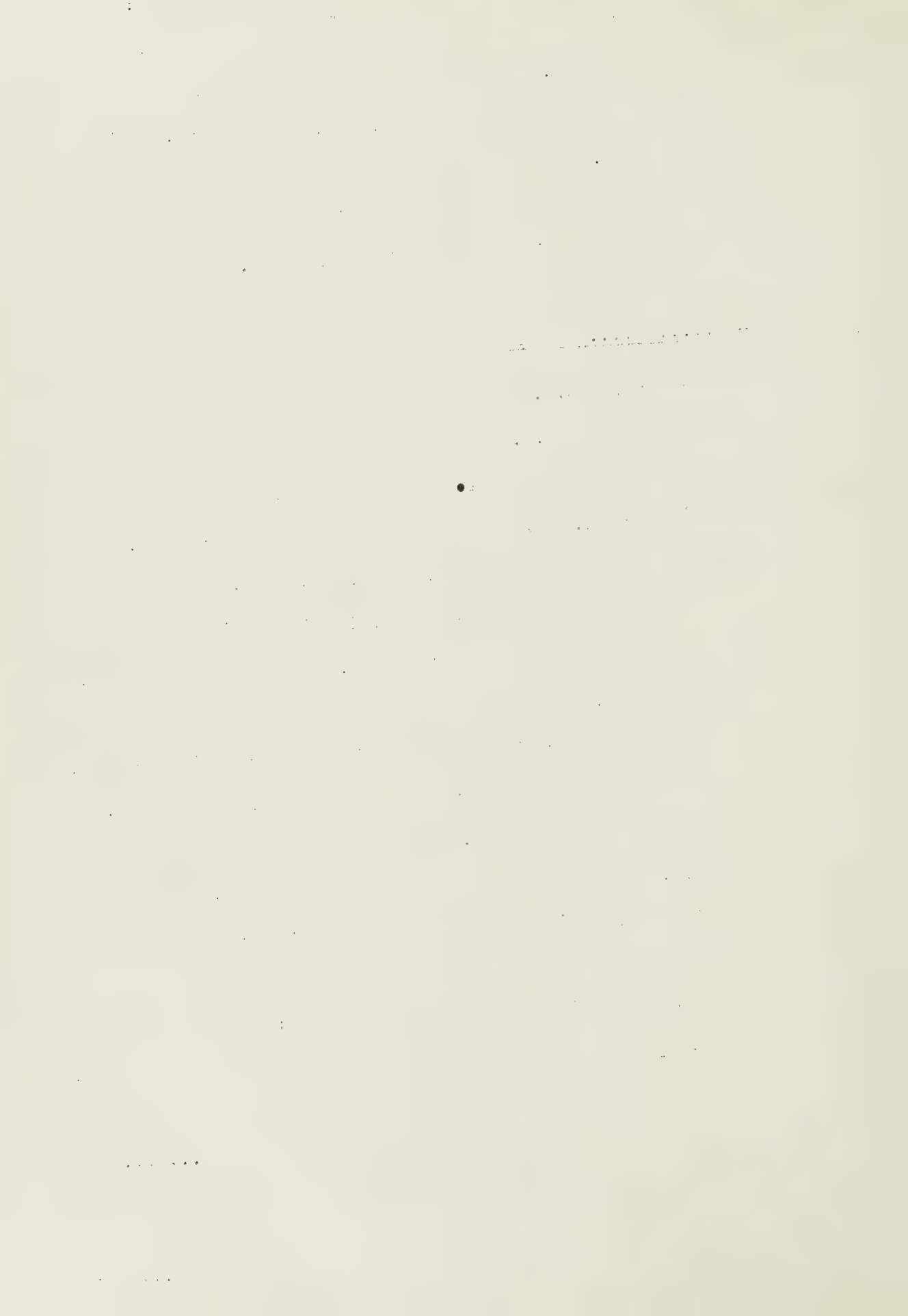
Entrée : le 25.6.61

Malade vue le 15.6.61 dans le Service de Médecine dans un état de choc, avec douleurs abdominales. Le début remonte à trois jours. Patient se l'abdomen sans préparation : présence de croissants clairs, sous hépatiques.

Médiane à cheval sur l'ombilic : il s'agit d'une péritonite par perforation d'ulcère d'estomac. Malade en très mauvais état général. On se contente d'une épiploplastie de l'orifice de la perforation, et une toilette péritonéale rapide. Fermeture de la paroi sur un gros drain dans le Douglas. Réanimation de la malade.

Le 25.6.61 : apparition d'un syndrome occlusif. Vomissements, température, arrêt des matières et des gaz. Altération de l'état général de la malade.

Réintervention - Médiane sous-ombilicale : toutes les anses sont collées, les unes aux autres, par de faibles contractions.



Libération des anses. On pratique un Noble total par plicatures méésentériques étant le mauvais état général de la patiente. Suites opératoires normales.

Sortie : le 19.8.61

Cas N° 20 - B..... D.... 16 ans

Entrée : le 2.1.62

Malade opéré il y a une dizaine de jours d'une appendicite subaigüe, dont les suites sont perturbées par l'apparition de troubles urinaires (rétention d'urines nécessitant des sondages répétés, cystite).

Entre dans le Service pour un syndrome abdominal aigü, fébrile avec arrêt des matières et des gaz et vomissements. Exploratrice : médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine on tombe sur un magma d'anses violacées, très adhérent dans le petit bassin à la vessie et au sigmoïde. On pratique la libération des anses grêles et on tombe sur une collection purulente dans le douglas. Aspiration. On débarasse les anses de leurs fausses membranes. Le bas fond coecal et le moignon appendiculaire sont normaux. La dernière anse iléale est cartonnée. On enfouit le moignon appendiculaire et on accole la dernière anse iléale au coecum aux points séparés, on fait un Noble total par plicatures méésentériques. Mickulicz. Reprise du transit au 8° jour. Les suites sont normales jusqu'au 15° jour. A partir de cette date, le malade se plaint de douleurs abdominales

paroxystiques. Arrêt des matières et des gaz, et des vomissements.

Réintervention le 21.I.62 : toutes les anses sont très dilatées et sont comprimées par des brides formées au niveau des fils de fixation mésentérique. On pratique la libération des anses par section des brides et ablation des fils qui ont servi pour la plicature mésentérique et on pratique un Noble total aux points séparés. Les suites sont normales. Le malade quitte le service à la troisième semaine, en excellent état.

=====

Cas N° 21 - L..... M..... 63 ans

Entrée : le 15.2.52

Malade opérée en janvier 1952 d'une hystérectomie élargie pour état pré-cancéreux du col. (Examen histologique)

Au cours de l'intervention on avait constaté plusieurs brides épiploïques que l'on avait sectionnées. Surjet col-vésical. Fermeture.

Le 15.2.52 : malade revient en occlusion : intervention : il s'agit d'une occlusion du grêle par adhérences multiples entre elles, par ailleurs un paquet d'anses est volvulé au niveau de la fin du grêle. Dégagement du grêle dont la vidange est faite par ponction à deux niveaux. Fermeture par deux bourses. Noble total au surjet. Un drain dans le douglas. Suites normales.

Sortie : le 15.3.52

Cas N° 22 - P..... M..... 65 ans

Entrée : le 30.6.55

Occlusion à la suite d'une cholécystectomie pratiquée il y a 10 ans.

Médiane sous-ombilicale : il s'agit d'une occlusion du grêle par adhérences multiples sur des anses très dilatées. On pratique la libération des anses. La vidange est faite à la ponction d'anse. Fermeture par deux bourses des orifices de vidange. Noble total.

Sortie : le 14.7.55

Cas N° 23 - D..... M..... 70 ans

Entrée : le 28.I.56

Malade ayant subi il y a 5 ans une médiane pour iléus biliaire.

Revient en urgence pour une occlusion.

Exploratrice : les anses sont accolées d'une manière anarchique. Fermeture de la paroi sur un drain dans le douglas. Suites opératoires : aspiration sept jours.

Sortie : le 16.2.56

Cas N° 24 - P..... S..... 37 ans

Entrée : le 19.8.59

Malade opérée en urgence pour une grossesse extra-utérine rompue le 6.2.59

Revient dans le Service le 19.8.59 dans un tableau d'occlusion fébrile avec présence de plusieurs niveaux liquides du grêle. Médiane sous-ombilicale : il existe un accolement d'anses des derniers segments du grêle au niveau du petit bassin. Libération des anses, il existe plusieurs zones dépéritonisées. On pratique un Noble partiel au surjet sur la partie terminale de l'iléon.

Sortie : le 4.9.59.

Cas N° 25 - N..... J.... 60 ans

Entrée : le 19.1.60

Malade entre en urgence dans le Service, pour un syndrome d'occlusion intestinale. Cette Femme a subi il y a quelques années, une résection intestinale à la suite d'une occlusion.

Exploratrice : Il existe de nombreuses adhérences d'anses, sur toute la longueur du grêle. On pratique la libération du grêle, et la bouche de l'anastomose est normale. On finit l'intervention par un Noble total. Drain sus-pubien. Suites opératoires normales.

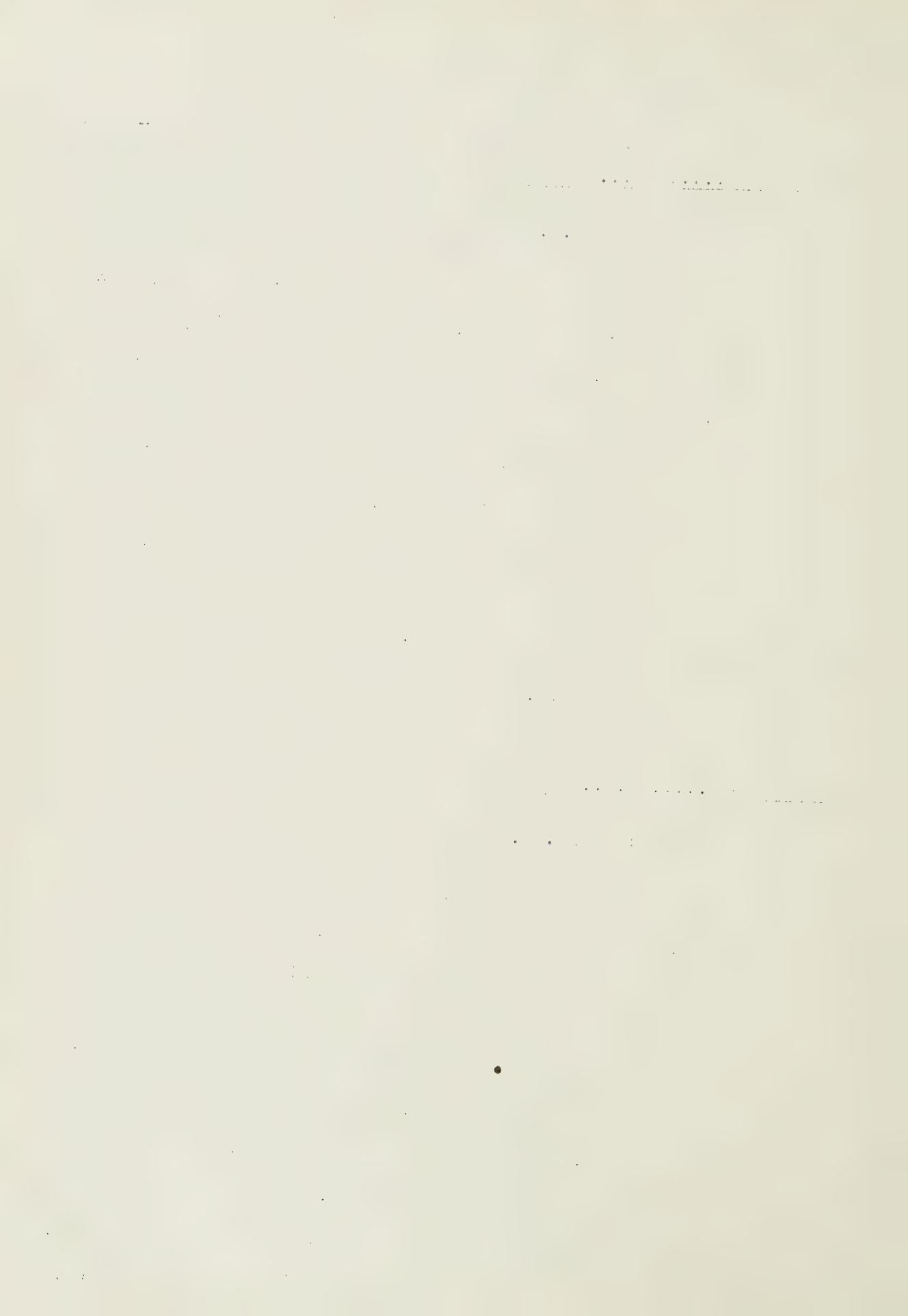
Sortie : le 11.2.60

Cas N° 26 - G..... L.... 58 ans

Entrée : le 25.12.61

Malade ayant déjà été opérée il y a plusieurs années d'une cholécystite calculueuse. Réintervention pour calcul du cholédoque. Réopérée pour une occlusion. Entre dans notre Service avec une importante éventration et un syndrome sub-occlusif. Exploratrice : il existe des adhérences d'anses entre les anses grêles, la paroi, le sac, la loge vésiculaire. Libération de ces adhérences. Péritonisation de plusieurs anses dépéritonisées. On pratique un Noble total par plicatures mésentériques. Cure de l'éventration. Renforcement de la paroi au moyen d'une plaque de nylon. Reprise du transit au 8° jour. Malade quitte le Service de la 3° semaine.

.../...



Cas N° 27 - P..... G.... 75 ans

Entrée : le 6.I.62

Passage du Service des Vieillards pour un syndrome sub-occlusif avec une importante éventration apparue à la suite d'interventions sur l'estomac et les voies biliaires. Exploratrice : il existe plusieurs adhérences intestinales dans le sac et entre les anses. Libération des adhérences. Péritonisation de plusieurs anses dépéritonisées. On pratique un Noble total, par plicatures mésentériques au fil de lin N° 3 . Fermeture du péritoine sur un drain N° 20. Renforcement de la paroi au moyen d'une plaque de nylon. Les suites sont normales. Reprise du transit au 6° jour.

Sortie : le 16.2.62

Cas N° 28 - H..... L.... 57 ans

Entrée : le 15.5.62

Femme obèse (100 Kgs), atteinte d'une monstrueuse éventration à la suite d'une césarienne datant de 20 ans. Le 15.5.62 : On pratique une opération de dégraissage en étoile. Cure de l'éventration. Dégagement de plusieurs anses grêles accolées au sac. Le mésentère adhère intimement au sac en de nombreux endroits. Résection du sac.



Fermeture de la paroi, renforcée par une plaque. Suites opératoires d'abord normales, puis au 12^e jour apparition d'un syndrome d'occlusion avec des niveaux liquides, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Réintervention le 1.6.62. : plusieurs anses sont accolées, un volvulus partiel nous oblige à pratiquer une résection de 30 cms environ, étant donné l'état des anses grêles et afin d'éviter une nouvelle complication, on pratique un Noble total. Suites opératoires normales au point de vue transit. Suppuration de la paroi. Assèchement. Greffe en pastilles.

Sortie au 45^e jour guérie.

Cas N° 29 - M..... L 59 ans

Entrée : le 27.2.62.

Pour un syndrome sub-occlusif. Malade opérée d'une hystérectomie sub-totale en 1956, pour fibrome. En Aout 1959 occlusion intestinale par brides. Intervention : adhérences de plusieurs anses grêles dans le petit bassin. Libération des anses. Noble partiel. Les suites sont normales, jusqu'en février 1962. Malade atteinte d'une occlusion avec arrêt des matières et des gaz, avec des douleurs vagues d'une façon diffuse dans tout l'abdomen. Exploratrice : Il existe de nombreuses adhérences d'anses au péritoine pariétal antérieur. Libération des anses. Dans le petit bassin on trouve un bloc d'anses qui correspond à un paquet formé par le Noble partiel. Ce paquet est très adhérent à la face postérieure de la vessie et

la paroi du petit bassin. On pratique sa libération.

On totalise le Noble partiel au surjet et on pratique la fermeture du Douglas sur un drain N° 20 par un cloisonnement colo-vésical.

Sortie : le 19.3.62.

Cas N° 30 - R..... J..... 68 ans

Entrée : le 3.II.62

Malade venant de Médecine pour un polype sigmoïdien.

Déjà opéré à plusieurs reprises pour une occlusion, collection du douglas.

Exploratrice : le sigmoïde est normal, mais il existe plusieurs adhérences d'anses généralisées. On pratique la libération des anses, ce qui finit l'intervention par un Noble total. Reprise des gaz au 4° jour. Malade sort au 18° jour.

OCCLUSIONS PAR PERITONITE TUBERCULEUSE

Cas N° 31 - M..... A.... 25 ans

Entrée : le 6.2.53

Passage de Médecine pour péritonite tuberculeuse.

Médiane à cheval sur l'ombilic. Toutes les anses grêles sont noyées dans une sorte de ciment. Libération des anses du jéjunum jusqu'à l'iléon. On pratique l'opération de Noble au surjet. Un drain N° 40 dans le douglas. Dans les suites apparition de multiples fistules du grêle qui laissent passer la presque totalité des matières. Enorme dénutrition (réanimation).

Sortie le 30 janvier 1954 - il persiste une fistule.

Le 28.5.54 : on pratique une résection intestinale limitée. Suture en un plan aux points séparés, avec un surjet séro-séreux. Suites opératoires normales.

Cas N° 32 - M..... V.... 18 ans

Entrée : le 14.8.53

Péritonite tuberculeuse. Malade en occlusion depuis trois jours. Exploratrice : il s'agit d'une occlusion paraccolement d'anses et des brides multiples. On pratique une libération des anses. On fait la vidange du grêle au moyen d'une entérectomie et sa fermeture sur deux bourses. Opération de Noble au surjet. Drain dans le Douglas.

Sortie : le 12.9.53

Cas N° 33 - D..... M..... 13 ans

Entrée : le 8.6.54

Malade atteint d'une tumeur intestinale traitée
médicalement et au cours de son traitement présente des
douleurs paroxystiques, sur un fond continu, d'une
extrême violence avec signes d'occlusion.

Examen clinique : Médiante sous-ombilicale. Il existe des
granulations sur le grêle. Les anses sont accolées entre
elles. On pratique la libération des anses. Noble au sur-
jet. Drain dans le Douglas. Suites opératoires normales
après une cure dans un établissement Héliο-marin. Suivi
pendant plusieurs années.

Revue en 1962 : s'est mariée.

Cas N° 34 - G..... R.... 71 ans

Entrée : le 13.2.54

Malade entré en urgence pour occlusion intestinale avec image de niveaux liquides du grêle sur les radios sans préparation.

Exploratrice : les anses grêles sont très dilatées, à la suite de plusieurs brides, surtout au niveau du dernier segment du grêle. On pratique la libération des brides. Noble partiel sur les derniers segments du grêle au surjet.

Sortie : le 28.2.54

Cas N° 35 - L..... A.... 72 ans

Entrée : le 26.II.59

Malade entré en urgence pour une occlusion avec des niveaux liquides du grêle.

Médiane sous-ombilicale : les anses sont accolées anarchiquement dans tous les sens, on doit oliver véritablement la totalité du grêle. Au cours de ces manœuvres on perfora une anse accidentellement à deux reprises. Une des perforation est enfuie sur deux points en bourses, l'autre par une suture transversale aux points séparés et un surjet séré-séréux. Il est impossible de dire quelle est la cause première de cette péritonite plastique.

Noble total au surjet.

Train sus-pubien. Suites opératoires normales.

Malade sort le 15.12.59.

Malade opéré ultérieurement d'une prostatectomie pour
adénome.

=====

O C C L U S I O N

I) L'opération de Noble s'adresse à des cas très variés d'occlusions, depuis les occlusions chroniques type bacillaires jusqu'aux occlusions aiguës d'emblée ou post opératoires. C'est pratiquement toujours une opération de sauvetage.

Un mort par défaillance cardiaque sur 35 cas de N blo.

II) Nous voulons insister sur la précocité avec laquelle l'indication de l'opération de Noble dû être posée dans certains cas : et nous pensons tout particulièrement aux occlusions qui surviennent vers le 5^e jour après des appendicectomies banales.

III) La technique des surjets séparés pratiqués au fil de lin, plus rapide que celle aux points séparés nous a toujours donné satisfaction.

IV) Nous avons abandonné la pratique des Nobles partiels en raison des réinterventions auxquelles il expose.

V) Les fistules du grêle qui peuvent survenir dans les suites opératoires sont quelques fois très importantes. Elles posent des problèmes de réanimation et de protection cutanée, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'elles se tarissent spontanément dans la plupart des cas. Il ne faut pas se hâter de réintervenir. Elles mettent quelques fois plusieurs mois pour se former.

Dans une de nos observations, (Cas N° 31) plusieurs
diagnoses étaient apparues dans les jours suivant l'intervention,
et nous avons dû intervenir à nouveau pour les éliminer.
Ceci est à noter.

VI) Nous avons souvent constaté que le transit était assez
long à se rétablir et demandait parfois 6 ou 7 jours. Il est aidé par
des injections quotidiennes de prostigmine.

VII) Au total, Noble a donné aux Chirurgiens un moyen
de sauver des malades autrefois condamnés à plus ou moins longue
détention.

Il convient de l'utiliser sans hésiter, car l'opération
de Noble a complètement transformé le pronostic des occlusions.

=====

B I B L I O G R A P H I E

- NOBLE Jr. (T.B.) Plication of small intestine as prophylaxis against adhesions - Am. Jour. Surg. 35 : 41-44 1937.
- NOBLE Jr. (T.B.) Plication of small intestine - Am. Jour. Surg 35 : 547 - 580 1939
- DOALDSON & CAMERON : U S E Silk, catgut and noble plication WITH référence to abdominal adhsions Surg 6 : 511-1939
- NOBLE Jr. (T.B.) Place of plication intestine the treatment of péritonitis - Jour. internat coll Surg, 5: 315 - 319 1942
- NOBLE Jr. (T. B.) Plication of small intestine as prophylaxis against adhesions - Am. Jour. Surg 35 : 41-44 1937
- BOYS (F) - prophylaxis of péritonéal adhesions, review of littérature Surg : 11, 116-168 1948
- NOBLE Jr. (T. B.) perforating wounds of the intestine, satis footoy method of traitement for wounds more then 24 H. Old.- Am. Jour. Surg, 68 : 50-59 1943
- NOBLE Jr. (T. B.) The treatment of péritonéales "en corde" Académie de Chirurgie T. 73 N° 4 : 1946
- LICHTEMAN - Mc DONALD - DIXON et HARRIS
Tale granuloma S.G.O. Octobre 1946 V 83- 531 - 546

.../...

The effect of hypoxia in the human body
observations in adult man, 126 : 324 - 331 1947
(3), Thorax 4 (3) 1947 - 1948
operation de l'abdomen de l'homme 6 janvier 1948.
N. 76 N° 33 - 3. 937

SPRUE 3. THOMAS 3. L'opération de l'abdomen de l'homme

17 Janvier 1951 - N. 77 - N° 3 - 1. 80 - 83.

P. HEBERT 3. A propos de l'opération de l'abdomen de l'homme
Académie de Chirurgie 31 Janvier 1951 - N. 77 -
N° 4 p. 127 - 130.

WALSH & DALY - A propos de l'opération de l'abdomen de l'homme
étude comparative des résultats - Académie de Chirurgie
7 Février 1951 - N. 77 - P. 163-164

WALSH & DALY 3. L'opération de l'abdomen de l'homme
du point de vue de la technique. Société médicale française
10 Avril 1951 Journal médical - N. 32 - N° 3-11.

DALY 3. L'opération de l'abdomen de l'homme
de l'homme - Paris médical - 3 mai 1951 - P. 213.

WALSH & DALY 3. L'opération de l'abdomen de l'homme
Pag. 466 (SOCIÉTÉ MÉDICALE FRANÇAISE)

WALSH & DALY 3. A propos de l'opération de l'abdomen de l'homme
Chirurgie - 26 mai 1951 - N. 77 - N° 17 - P. 621-623.

- BONPART H. A propos d'occlusions intestinales post-opératoires précoces. Académie de Chirurgie - T 77 N° 17
16 Mai 1951 - P. 525-526.
- THOMERET Opérations de Noble dans les occlusions intestinales, les entretiens de Bichat 1951 - P. 129-132
- THOMERET OCclusions intestinales - opérations de Noble - nouvelle pratique chirurgicale illustrée. Doin & Cie fascicule N°6
- PINSON & LUCCIANI - Rapporteur QUENU -, opérations de Noble pour occlusions intestinales précoces post-opératoires, pour plaies multiples du grêle et de la vessie - Académie de Chirurgie 16 Janvier 1952- T 78 - N°2 - P. 71-77
- CLAUDE OLIVIER- Hypokaliémie au cours d'une occlusion intestinale réflexe ayant subi une iléostomie et un Noble. Académie de Chirurgie - 1er Mars 1952 - T 6 - P. 167-169
- HEPP-MENARD-MERCADIER-ZIEGLER- 3 cas d'opération de Noble. Académie de Chirurgie - 13 Février 1952 -T. 78 - N° 6-P.171-173.
- AINES A. Occlusion du grêle par péritonite encapsulante. Opération de Noble. Mémoires de l'Académie de Chirurgie 17 Mars 1954 - T 80 - P. 356-358.
- BARRON J. Opération de Noble pour occlusion intestinale chronique Arch. Surg . Octobre 1955.

BLONDIN J. Péritonite encapsulante. Opération de Noble -
Académie de Chirurgie Mars-Avril 1954 - T 80 -
N° 12-13-14 - P. 360-361.

LAPERCH & GAUTIER - Opérations de Noble pour péri-viscérite 3 ans
après une plaie abdominale par balle. Lile Chirurgicale
Janvier - Février 1955 - N° 1 - P. 315 - 322

TEINTURIER (Rapporteur THOMERET) Etude expérimentale de Noble
chez le jeune chien - T 84 - Mémoires Académie
Chirurgie Aout 1958 N° 25 - P - 736.

LANCE ET PROCHIANTZ - A propos de l'opération de Noble chez un
nourrisson Novembre 1958 - T. 84 - N° 30-31 -P. 972

CLAUDE M. & RICHARD A. - La plicature mésentérique - nouveau traitement
des occlusions récidivantes du grêle (rapporteur LORTA-
JACOB) Mémoires Académie Chirurgie 1961 - P. 259.

